TEMA: 55

INCAPACIDAD TEMPORAL: CONCEPTO Y CAUSAS QUE MOTIVAN ESTA SITUACIÓN. BENEFICIARIOS. PRESTACIÓN ECONÓMICA: DETERMINACIÓN Y CUANTÍA. NACIMIENTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO AL SUBSIDIO. CAUSAS DE DENEGACIÓN, ANULACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL DERECHO. RECONOCIMIENTO Y PAGO. CONTROL DE LA INCAPACIDAD. NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Contenido

INTRODUCCIÓN: 2

LEGISLACIÓN: 3

1. INCAPACIDAD TEMPORAL 6

1.1 CONCEPTO 6

1.2 CAUSAS 6

1.3 BENEFICIARIOS 7

1.4 PRESTACIÓN ECONÓMICA: DETERMINACIÓN Y CUANTÍA 9

1.5 NACIMIENTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO AL SUBSIDIO. 10

1.6 CAUSAS DE DENEGACIÓN, ANULACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL DERECHO. 15

1.7 RECONOCIMIENTO Y PAGO 16

1.8 CONTROL DE LA INCAPACIDAD 17

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LAS ALTAS MÉDICAS EXPEDIDAS POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O LA EMPRESA COLABORADORA 28

PROCEDIMIENTO DE DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA CAUSANTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL 31

1.9 NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. 33

2. RESUMEN DEL TEMA: 55 35

TEMA: 55

INCAPACIDAD TEMPORAL: CONCEPTO Y CAUSAS QUE MOTIVAN ESTA SITUACIÓN. BENEFICIARIOS. PRESTACIÓN ECONÓMICA: DETERMINACIÓN Y CUANTÍA. NACIMIENTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO AL SUBSIDIO. CAUSAS DE DENEGACIÓN, ANULACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL DERECHO. RECONOCIMIENTO Y PAGO. CONTROL DE LA INCAPACIDAD. NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.

INTRODUCCIÓN:

Comprende este tema el estudio de la prestación económica de carácter temporal de la Seguridad Social que, hasta 1 de enero de 1995, constituía, junto con la maternidad, una única prestación, el denominado subsidio de incapacidad laboral transitoria, que atendía tanto las situaciones de incapacidad temporal como la situación de maternidad.

A partir de la entrada en vigor de la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, una de las que se denominan "leyes de acompañamiento" de la Ley de Presupuestos anual, la prestación por incapacidad temporal y la prestación por maternidad constituyen prestaciones autónomas.

El Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración, esencialmente modifica el modelo actual de gestión y control del subsidio de incapacidad temporal. El nuevo procedimiento ahorra trámites burocráticos a los trabajadores, las empresas y a los Servicios Públicos de Salud, e incorpora entre otras novedades la emisión de partes médicos asociados a la duración estimada de cada proceso.

En concreto, este nuevo referente de partes médicos se recoge en la Orden Ministerial ESS/1187/2015, de 15 de junio (BOE: 20-06-2015), que desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, regulador de determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de Incapacidad Temporal durante los primeros trescientos sesenta y cinco días (en vigor el 1 de diciembre de 2015, es decir, el día primero del sexto mes natural siguiente al de su publicación en el BOE).

LEGISLACIÓN:

- **Orden de 25 de noviembre de 1966,** por la que se regula la colaboración de las empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social.

- **Orden de 13 de octubre de 1967**, que, aunque modificada en muchos de sus preceptos, continúa siendo el reglamento específico de la prestación por incapacidad temporal.

- **Real Decreto 53/1980, de 11 de enero**, por el que se determina la cuantía de la prestación por incapacidad temporal.

- **Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre**, por el que se integran los Regímenes Especiales de Trabajadores ferroviarios, Jugadores de fútbol, Representantes de comercio, Toreros y Artistas, en el Régimen General, y el Régimen Especial de Escritores de libros en el de Trabajadores por cuenta propia o Autónomos. Este Real Decreto se desarrolla, en materia de acción protectora, por Orden de 30 de noviembre de 1987.

- **Orden de 30 de noviembre de 1987,** para la aplicación y desarrollo, en materia de acción protectora, del Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre, por el que se integran los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de Trabajadores Ferroviarios, Jugadores de Fútbol, Representantes de Comercio, Toreros y Artistas en el Régimen General, así como se procede a la integración del Régimen de Escritores de Libros en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

- **Orden de 16 de diciembre de 1987**, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo, y se dan instrucciones para su cumplimentación y tramitación.

- **Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio**, sobre incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social. Se desarrolló por Orden de 18 de enero de 1996.

- **Real Decreto 488/1998, de 27 de marzo**, por el que se desarrolla el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratos formativos.

- **Orden de 20 de abril de 1998,** por la que se modifica la Orden de 25 de noviembre de 1966, que regula la colaboración de las empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social.

- **Real Decreto-ley 15/1998**, de 27 de noviembre, de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo en relación con el trabajo a tiempo parcial y el fomento de su estabilidad.

- **Real Decreto 1131/2002, de 31 de octubre**, por el que se regula la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como la jubilación parcial.

- **Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre de 2002**, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.

- **Resolución de 16 de enero de 2006,** de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del INSS y del ISM asumirán las competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

- **Resolución de 28 de noviembre de 2006,** de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del INSS y del ISM asumirán las competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

- **Resolución de 29 de noviembre de 2006,** de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del INSS y del ISM asumirán las competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

- **Orden TAS/1/2007, de 2 de enero**, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

- **Resolución de 19 de septiembre de 2007,** de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social sobre**,** de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del Sistema de la Seguridad Social.

- **Resolución de 14 de enero de 2008,** de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del INSS y del ISM asumirán las competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

- **Resolución de 7 de mayo de 2009**, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, sobre consideración como situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad común de los períodos de aislamiento preventivo sufridos por los trabajadores como consecuencia de la gripe A H1 N1.

- **Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre,** por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.

- **Resolución de 15 de noviembre de 2010**, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

- **Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre**, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

- **Real Decreto 625/2014, de 18 de julio**, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

- **Orden ESS/ 1187/2015, de 15 de junio,** por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración (entra en vigor el 1 de diciembre de 2015, de acuerdo con la disposición final cuarta).

- **Ley General de la Seguridad Social, aprobada por el Real Decreto Legislativo 8/2015,** de 30 de octubre. Artículos: 82; 170; 169 a 176; 248 y 283.

1. INCAPACIDAD TEMPORAL

1.1 CONCEPTO

Puede definirse la incapacidad temporal como "la situación en que se encuentra un trabajador, que está imposibilitado temporalmente para trabajar por causa cuyo tratamiento exige asistencia sanitaria de la Seguridad Social".

Los elementos definitorios de la incapacidad temporal son:

- ***La incapacidad para el trabajo.*** Este elemento tiene un carácter fáctico en las situaciones derivadas de accidente o enfermedad. En los supuestos de períodos de observación en enfermedad profesional, la incapacidad, que puede o no existir de hecho, se presume como consecuencia de normas imperativas o dispositivas.

- ***La temporalidad de la incapacidad.*** Esta temporalidad diferencia la situación de incapacidad temporal de la incapacidad permanente, a la que precede. Por ello, la exigencia legal, en los procesos de accidente o enfermedad, de que el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social:

* no es sólo una medida de control;

* sino un presupuesto objetivo de la situación protegida que resalta su carácter temporal.

Desde el ordenamiento laboral, según el art. 45 del Estatuto de los Trabajadores, la situación de incapacidad temporal es una de las causas determinantes de la suspensión del contrato de trabajo, exonerando de las obligaciones recíprocas de trabajar y de remunerar el trabajo.

Esta pérdida de la remuneración es la que justifica que la incapacidad temporal sea una contingencia atendida por la Seguridad Social, si bien no va a impedir que en tanto dure esa situación se mantenga la obligación de cotizar.

1.2 CAUSAS

Las causas que motivan la situación de incapacidad temporal son, según el artículo 169 de la Ley General de la Seguridad Social, las siguientes:

- la enfermedad, común o profesional, y el accidente sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo.

- los períodos de observación en caso de enfermedades profesionales, siempre que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos. (Se entiende por período de observación el tiempo necesario para el estudio médico de la enfermedad profesional, cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo).

La Resolución de 7-5-2009, de la Dirección .General de Ordenación de la Seguridad Social, ha establecido que los períodos de aislamiento preventivo a que sean sometidos los trabajadores como consecuencia de la Gripe producida por el nuevo virus A H1 N1 serán considerados como situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad común, y

durante los mismos los afectados tendrán derecho a las correspondientes prestaciones, cumplidos los demás requisitos en cada caso exigidos, y en los términos y condiciones establecidos por las normas del Régimen de la Seguridad Social en que se encuentre encuadrado el trabajador.

1.3 BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de esta prestación los trabajadores que acrediten los siguientes REQUISITOS:

1º. Estar AFILIADO, en ALTA o SITUACIÓN ASIMILADA A LA DE ALTA, en la fecha del hecho causante o baja médica.

En relación con este requisito, es preciso tener en cuenta:

a). Que, a efectos de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, el trabajador se considera de pleno derecho afiliado y en alta, aunque su empresario hubiera incumplido sus obligaciones al respecto, y sin perjuicio de las responsabilidades de todo orden que de ello se deriven para el mismo;

b). Que los profesionales taurinos se considera que están en alta en tanto se mantienen incluidos en el censo de activos.

c). Que, a efectos de esta prestación, se consideran situaciones asimiladas a la del alta:

- la percepción de la prestación de desempleo en su nivel contributivo.
- el traslado del trabajador por su empresa fuera del territorio nacional.
- el periodo correspondiente a vacaciones anuales retribuidas no disfrutadas antes de la finalización del contrato.
- el convenio especial de Diputados y Senadores, y de Gobernantes y Parlamentarios de Comunidades Autónomas.

d). Que los trabajadores que están en situación de huelga legal o se ven afectados por un cierre patronal legal, se consideran en situación de alta especial, situación que equivale a estar en alta o en situación asimilada a la de alta, de tal manera que:

- durante estas situaciones, el trabajador que con anterioridad causó baja por enfermedad o accidente, continúa percibiendo el correspondiente subsidio;
- durante estas situaciones se puede causar el derecho a esta prestación, pero no se devengará hasta que finalice la huelga o el cierre;
- durante la situación de huelga ilegal no se causa derecho al subsidio, porque el trabajador no está en alta, ni en situación asimilada a la de alta ni en situación de alta especial.
- durante la situación de huelga legal con actividad en parte de la jornada, el trabajador (Resolución de la Secretaría General para la Seguridad Social de 5 de marzo de 1985) está formalmente dado de alta, si bien el subsidio que se devengue durante este período se minorará en la misma proporción en que se haya reducido la jornada normal de trabajo.

2º. Tener cubierto un PERIODO MÍNIMO DE COTIZACIÓN (carencia) de:

a). En el supuesto de enfermedad común, 180 días en los cinco años inmediatamente anteriores al momento del hecho causante.

Cuando se trate de trabajadores a tiempo parcial, se aplicarán las siguientes reglas:

- Se tendrán en cuenta los distintos períodos durante los cuales el trabajador haya permanecido en alta con un contrato a tiempo parcial, cualquiera que sea la duración de la jornada realizada en cada uno de ellos.

  A tal efecto, el coeficiente de parcialidad (este coeficiente consta en la vida laboral del trabajador a tiempo parcial -Fichero General de Afiliación- por lo que, necesariamente, es la información esencial de la que se parte), que viene determinado por el porcentaje de la jornada realizada a tiempo parcial respecto de la jornada realizada por un trabajador a tiempo completo comparable, se aplicará sobre el período de alta con contrato a tiempo parcial, siendo el resultado el número de días que se considerarán efectivamente cotizados en cada período.

  Al número de días que resulten se le sumarán, en su caso, los días cotizados a tiempo completo, siendo el resultado el total de días de cotización acreditados computables para el acceso a las prestaciones.

- Una vez determinado el número de días de cotización acreditados, se procederá a calcular el coeficiente global de parcialidad (porcentaje que representa el número de días trabajados y acreditados como cotizados, de acuerdo con lo establecido en la letra a) anterior, sobre el total de días en alta a lo largo de toda la vida laboral del trabajador).

  Al tratarse de subsidio por incapacidad temporal, el cálculo del coeficiente global de parcialidad se realizará exclusivamente sobre los últimos cinco años.

- El período mínimo de cotización exigido a los trabajadores a tiempo parcial para el subsidio por incapacidad temporal derivado de enfermedad común será el resultado de aplicar al período regulado con carácter general (180 días) el coeficiente global de parcialidad indicado.

b). En el supuesto de accidente, sea o no de trabajo, o de enfermedad profesional, no se exige ningún período previo de cotización.

3º. ESTAR AL CORRIENTE en el pago de las cuotas en la fecha del hecho causante, cuando el trabajador del Régimen General sea un REPRESENTANTE DE COMERCIO, un ARTISTA, o un PROFESIONAL TAURINO (en los dos últimos casos, una vez realizadas las correspondientes regularizaciones de cuotas).

Tratándose de estos trabajadores, si se adeudan cuotas al iniciarse la situación de incapacidad temporal, el pago de la prestación se condiciona a que se abone la deuda exigible.

1.4 PRESTACIÓN ECONÓMICA: DETERMINACIÓN Y CUANTÍA

La prestación consiste en un SUBSIDIO ECONÓMICO cuya CUANTÍA está en función de la base reguladora y el porcentaje.

a) La base reguladora

* Norma general:

Las reglas para la determinación de la base reguladora son complejas, y, en síntesis están contenidas en el art. 13 del Decreto 1646/1972, de 23 de junio.

Para las situaciones determinantes de incapacidad temporal por enfermedad común, o accidente no laboral, la base reguladora es la base de cotización del mes anterior a aquél en que se produzca dicha situación, dividido por el número de días a que corresponda dicha cotización. Ese número será 30 cuando el trabajador perciba salario mensual, y 30, 31, 29 ó 28, si su salario es diario.

Si el trabajador ingresó en la empresa el mismo mes en que se produce la situación, se aplicará la regla anterior referida al indicado mes, dividiendo por el número de días cotizados. También se divide entre el número de días cotizados cuando el mes anterior no se cotizó íntegro.

En el caso de los artistas, la base reguladora es el promedio de las bases de cotización de los 12 meses anteriores al hecho causante (R.D. 2621/1986, de 24 de diciembre, art. 10); y, en el caso de los toreros, el resultado de dividir por 365 la cotización anual total anterior al hecho causante, o el promedio diario del período de cotización que se acredite de ser éste inferior (artículo 17, Real Decreto 2621/1986).

* Caso de pluriempleo**:**

La fijación de la base reguladora en casos de pluriempleo se realiza computando todas las bases de cotización en las distintas empresas con aplicación del tope máximo de cotización.

* Caso de trabajadores contratados a tiempo parcial:

Se distingue, para determinar la base reguladora, el subsidio abonado por el empresario, en virtud de su obligación de colaboración, y el que se abona directamente por la entidad gestora o colaboradora, tras la extinción del contrato de trabajo. Así,

- La base reguladora diaria será el resultado de dividir la suma de las bases de cotización a tiempo parcial acreditadas desde la última alta laboral, con un máximo de tres meses inmediatamente anteriores al del hecho causante, entre el número de días naturales comprendidos en el periodo.

  La prestación que se obtenga de esta base reguladora, se abonará durante los días naturales en que el trabajador se encuentre en la situación de incapacidad temporal.

* Peculiaridad de la base reguladora de incapacidad temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional**:**

La base reguladora está integrada por la suma de la base de cotización por **contingencias profesionales** del mes anterior al de la baja, **excluidas las horas extraordinarias si las hubiese,**

dividida por el número de días a que corresponda dicha cotización, más la cotización **por todas las horas extraordinarias** del año natural anterior dividida por 365.

* Modificación de la base reguladora de la incapacidad temporal durante el período de percepción del subsidio**:**

- Si la base reguladora coincide con la base mínima de cotización correspondiente a la categoría profesional del trabajador y ésta sufre modificación durante el período de duración de la incapacidad, la base reguladora se modifica en función de tal variación. No existe modificación por cambio de otras bases distintas a la mínima indicada, de acuerdo con las previsiones contenidas en las normas de cotización.

- También se recalcula la base reguladora si, con posterioridad al inicio de la situación de incapacidad temporal, se reconocen por norma, convenio colectivo o sentencia, salarios superiores que retrotraen sus efectos a fecha anterior a aquel inicio.

* Caso del contratado para la formación**:**

La base reguladora de la prestación por incapacidad temporal será, para todas las contingencias, la base mínima de cotización del Régimen General.

Incluye los contratos recogidos en el R. Dto. 1529/2012, de 8-11, y aquellos de quienes participen en los programas de formación del R. Dto. 1493/2011, de 24-10.

b) El porcentaje

1. En caso de enfermedad común o accidente no laboral:

- 60% desde el 4º día hasta el 20º día inclusive.

- 75% desde el 21º día en adelante.

2. En caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional:

- 75% desde el día siguiente al del accidente o baja por enfermedad profesional.

1.5 NACIMIENTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO AL SUBSIDIO.

a) Nacimiento:

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional: el día siguiente a la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.

En caso de enfermedad común o accidente no laboral: el 4º día de la baja, estando a cargo del empresario, el abono de la prestación desde el día 4º hasta el 15º de baja, ambos inclusive, en tanto no se extinga el contrato.

En el Sistema Especial de Empleados de Hogar el subsidio por incapacidad temporal, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, se abonará a partir del 9º día de la baja en el trabajo, estando a cargo del empleador el abono de la prestación al trabajador desde los días 4º al 8º de la citada baja, ambos inclusive.

b) Duración:

La duración máxima es la siguiente:

* En caso de accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa: trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días, cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica, por curación.

Ahora bien, agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días previsto anteriormente, el INSS a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien, para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien, para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS. Además, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquella se produzca en un plazo de ciento ochenta días naturales posteriores a la antes citada alta médica por la misma o similar patología.

En los casos de alta médica a que se refiere el párrafo anterior, frente a la resolución recaída podrá el interesado, en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud (también podrá presentarse ante alguno de los órganos señalados en el artículo 38. 4 de la Ley 30/1992, de 26-11 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común: registros de órganos administrativos, oficinas de correos, etc.), la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica. Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha del alta médica y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal.

Si, en el aludido plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, ésta se pronunciará expresamente en el transcurso de los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos. Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquélla, sólo se prorrogará la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la última resolución.

Por consiguiente, las posibles actuaciones de la Entidad gestora, ante la discrepancia de la inspección médica, serán:

1. Reconsiderar el alta médica que emitió al agotarse el plazo de los trescientos sesenta y cinco días y reconocer al interesado una prórroga en incapacidad temporal a todos los efectos.

2. Reafirmarse en su decisión, aportando pruebas complementarias que la fundamenten, y entonces la incapacidad temporal sólo se prorrogará hasta la fecha de la última resolución. Es decir, la incapacidad temporal se extingue cuando el alta emitida inicialmente por la Entidad gestora adquiere plenos efectos en la fecha de la segunda resolución, pues durante todo el tiempo transcurrido desde la fecha del alta médica inicial hasta la fecha de la última resolución la incapacidad temporal se considera prorrogada.

* Período de observación por enfermedad profesional: 6 meses prorrogables por otros 6, cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

* Si el proceso de incapacidad temporal se viese interrumpido por períodos de actividad laboral por un tiempo superior a ciento ochenta días, se iniciará otro nuevo, aunque se trate de la misma o similar enfermedad.

Por el contrario, las recaídas sufridas antes de transcurridos 180 días desde el alta médica, reabren el proceso anterior, si el trabajador está en alta o situación asimilada, debiendo recalcularse el subsidio si la base de cotización ha sufrido alguna modificación, sin que se tenga en cuenta la base reguladora de la prestación en etapas anteriores

* Cuando la incapacidad temporal se causa desde la situación asimilada a la de alta de desempleo contributivo la regulación (art. 283 LGSS) distingue según que el proceso de IT sea una recaída de otro anterior iniciado antes de la extinción del contrato de trabajo o, por el contrario, constituya un nuevo proceso.

1. Recaída de un proceso anterior

   El trabajador percibirá la prestación correspondiente por esta contingencia en cuantía igual a la prestación por desempleo. En el caso de que el trabajador continuase en situación de incapacidad temporal una vez finalizado el periodo de duración establecido inicialmente para la prestación de desempleo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en la misma cuantía en la que la venía percibiendo.

2. Nuevo proceso de incapacidad temporal

   El trabajador percibirá la prestación correspondiente por esta contingencia en cuantía igual a la prestación por desempleo. En este caso, y en el supuesto de que el trabajador continuase en situación de incapacidad temporal una vez finalizado el periodo de duración establecido inicialmente para la prestación por desempleo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual al 80% del indicador público de rentas de efectos múltiples (IPREM) mensual.

   El periodo de percepción de la prestación por desempleo no se ampliará por la circunstancia de que el trabajador pase a la situación de incapacidad temporal.

* Cuando, estando el trabajador en el percibo de la prestación por incapacidad temporal, se extinguiese su contrato de trabajo, habrá que distinguir dos situaciones, según derive la prestación de una contingencia común o de una contingencia profesional.

1. Si el trabajador se encuentra en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la prestación por desempleo contributivo que le corresponda de haberse iniciado la percepción de la misma en la fecha de extinción del contrato de trabajo, o el subsidio por desempleo. En tal caso, se descontará del período de percepción de la prestación por desempleo, como ya consumido, el tiempo que hubiera permanecido en la situación de incapacidad temporal a partir de la fecha de la extinción del contrato de trabajo.

   El Servicio Público de Empleo Estatal efectuará las cotizaciones a la Seguridad Social, asumiendo en este caso la aportación que corresponde al trabajador en su totalidad por todo el período que se descuente como consumido, incluso cuando no se haya solicitado la prestación por desempleo y sin solución de continuidad se pase a una situación de incapacidad permanente o jubilación, o se produzca el fallecimiento del trabajador que dé derecho a prestaciones de muerte y supervivencia.

2. Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal, en cuantía igual a la que tuviera reconocida, hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces, en su caso, a la situación legal de desempleo y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la correspondiente prestación por desempleo sin que, en este caso, proceda descontar del período de percepción de la misma el tiempo que hubiera permanecido en situación de incapacidad temporal tras la extinción del contrato, o el subsidio por desempleo.

c) Extinción:

Las causas de extinción son:

1. Por *alta médica* "por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual" (se individualiza como causa específica de extinción en la nueva redacción del artículo 174 de la Ley General de la Seguridad Social).
2. Transcurso *del plazo máximo de duración, de 545 días naturales* desde la baja médica.
3. Ser dado de alta médica el trabajador con o sin declaración de incapacidad permanente.
4. Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.
5. Por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.
6. Por fallecimiento.
7. Iniciación por el INSS de un expediente de incapacidad permanente al agotamiento de los 365 días. La extinción se produce en la fecha de finalización de dicho plazo.

8. Iniciación por el INSS de un expediente de incapacidad permanente durante la prórroga de la situación de incapacidad temporal (de 365 a 545 días). La extinción se produce en la fecha de la propuesta de resolución por la que se acuerda dicha iniciación.

A efectos de determinar la duración del subsidio, se computarán los períodos de recaída en un mismo proceso. Se considerará que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior**.**

Cuando, iniciado un expediente de incapacidad permanente antes de que hubieran transcurrido los 545 días naturales de duración del subsidio de incapacidad temporal, se denegara el derecho a la prestación de incapacidad permanente, el INSS será el único competente para emitir, dentro de los 180 días naturales posteriores a la resolución denegatoria, una nueva baja médica por la misma o similar patología, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador. En estos casos se reanudará el proceso de incapacidad temporal hasta el cumplimiento de los 545 días.

* Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado, a efectos de su calificación, en el grado que corresponda, como inválido permanente.

No obstante, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el periodo preciso, que en ningún caso se puedan rebasar los 730 días naturales sumados los de incapacidad temporal y los de prolongación de sus efectos.

Durante esos periodos de hasta 3 meses para examen a efectos de calificación y de demora de ésta no subsistirá la obligación de cotizar.

* Extinguido el derecho a la prestación de incapacidad temporal por el transcurso del plazo de 545 días naturales de duración, con o sin declaración de incapacidad permanente, sólo podrá generarse derecho a la prestación económica de incapacidad temporal por la misma o similar patología, si media un período superior a ciento ochenta días naturales, a contar desde la resolución de la incapacidad permanente.

Este nuevo derecho se causará siempre que el trabajador reúna, en la fecha de la nueva baja médica, los requisitos exigidos para ser beneficiario del subsidio de incapacidad temporal derivado de enfermedad común o profesional, o de accidente, sea o no de trabajo. A estos efectos, para acreditar el período de cotización necesario para acceder al subsidio de incapacidad temporal derivada de enfermedad común, se computarán exclusivamente las cotizaciones efectuadas a partir de la resolución de la incapacidad permanente.

No obstante, cuando se trate de la misma o similar patología y no hubiesen transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la incapacidad permanente, podrá iniciarse un nuevo proceso de incapacidad temporal, por una sola vez, cuando el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la

situación de incapacidad permanente del trabajador, considere que el trabajador puede recuperar su capacidad laboral. Para ello, el INSS acordará la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica por incapacidad temporal.

* El alta médica con propuesta de incapacidad permanente, expedida antes de que el proceso hubiera alcanzado los 365 días de duración, extinguirá la situación de incapacidad temporal.

Si, al agotamiento del plazo de 365 días, el INSS acordase la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, la situación de incapacidad temporal se extinguirá en la fecha de cumplimiento del indicado plazo. Cuando el INSS hubiese acordado la prórroga expresa de la situación de incapacidad temporal (de 365 a 545 días), y durante la misma se iniciase un expediente de incapacidad permanente, la situación de incapacidad temporal se extinguirá en la fecha de la propuesta de la resolución por la que se acuerde dicha iniciación.

* Cuando la extinción se produjera por alta médica con propuesta de incapacidad permanente, por acuerdo del INSS de iniciación de expediente de incapacidad permanente, o por el transcurso de los 545 días naturales, el trabajador estará en la situación de prolongación de efectos económicos de la incapacidad temporal hasta que se califique la incapacidad permanente.

En los supuestos a los que se refiere el párrafo anterior, los efectos de la prestación económica de incapacidad permanente coincidirán con la fecha de la propuesta de resolución de la Entidad Gestora por la que se reconozca, salvo que la misma sea superior a la que venía percibiendo el trabajador en concepto de prolongación de los efectos de la incapacidad temporal, en cuyo caso se retrotraerán aquellos efectos al día siguiente al de extinción de la incapacidad temporal.

En el supuesto de extinción de la incapacidad temporal, anterior al agotamiento de los 545 días naturales de duración de la misma, sin que exista ulterior declaración de incapacidad permanente, subsistirá la obligación de cotizar mientras no se extinga la relación laboral o hasta la extinción del citado plazo de quinientos cuarenta y cinco días naturales, de producirse con posterioridad dicha declaración de inexistencia de incapacidad permanente.

1.6 CAUSAS DE DENEGACIÓN, ANULACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL DERECHO.

1. El derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser *denegado*, *anulado* o *suspendido*:

   * Cuando el beneficiario haya actuado *fraudulentamente* para obtener o conservar el subsidio.

   * Cuando el beneficiario *trabaje* durante la situación de incapacidad temporal, por cuenta propia o ajena.

2. También podrá ser *suspendido* el subsidio cuando, sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento que le fuera prescrito.

3. La incomparecencia del beneficiario a cualquiera de las convocatorias realizadas por los médicos adscritos al INSS y a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social para examen y reconocimiento médico producirá la suspensión cautelar del derecho, al objeto de

comprobar si aquella fue o no justificada (art. 175.3 de la LGSS y art. 9 del R.Dto. 625/2014, de 18-7).

1.7 RECONOCIMIENTO Y PAGO.

1. El reconocimiento de la prestación corresponde al INSS, o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social que cubra la incapacidad temporal por causa común del personal de la empresa, o con la que se haya concertado la cobertura de los riesgos profesionales.

   Pero también puede corresponder a la propia empresa, cuando ésta haya sido autorizada para colaborar en la gestión de la incapacidad temporal; es el denominado autoaseguramiento, o, en términos de la propia Ley, colaboración voluntaria.

2. En cuanto al pago, la prestación corre a cargo del empresario, desde el 4º al 15º día, ambos inclusive, en los casos de enfermedad común y accidente no laboral, y del INSS, Mutua Colaboradora o empresa autorizada para colaborar en la gestión, en los demás casos.

   Sin embargo, existe la obligación de pago delegado por parte de las empresas, en virtud de la denominada colaboración obligatoria, reintegrándose de lo abonado en concepto de incapacidad temporal a sus trabajadores, mediante deducción de las cuotas correspondientes a la misma mensualidad de devengo de la prestación; el derecho al reintegro viene exclusivamente referido a la prestación que vaya a cargo del INSS o de una Mutua.

   A pesar de todo ello, existen situaciones tasadas que dan lugar al pago directo de la prestación por parte de la entidad gestora o colaboradora, que son:

   - Trabajadores incluidos en el Sistema Especial de Empleados de Hogar.
   - A partir de 1 de diciembre de 2015 el subsidio de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia de la que derive, causado por un trabajador en situación de jubilación parcial.
   - Entidades y organismos excluidos de la obligación del pago delegado.
   - Empresas con menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de incapacidad temporal.
   - Incumplimiento por parte del empresario de su obligación de pagar por delegación.
   - Extinción de la relación laboral durante la situación de incapacidad temporal, aun cuando tenga lugar dentro del período del 4º al 15º día, en que la prestación corre a cargo del empresario cuando deriva de una enfermedad común o de un accidente no laboral.

     En este caso, puesto que se extingue el contrato de trabajo, no perdura la obligación de cotizar.

   - Iniciación de la prórroga de efectos por alta con propuesta de incapacidad o por agotamiento del plazo máximo de 545 días sin alta médica por curación.
   - Representantes de comercio y profesionales taurinos; y artistas, cuando éstos perciben su retribución por actuación, programa o campaña de duración inferior a 30 días.

   La colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación económica por incapacidad temporal cesará el último día del mes en que la entidad gestora competente haya

dictado la resolución en la que se declare expresamente la prórroga de dicha situación o la iniciación de un expediente de incapacidad permanente.

No obstante, seguirán abonando la mencionada prestación bien hasta la extinción de la situación de incapacidad temporal bien hasta la calificación de la incapacidad permanente, las empresas autorizadas para colaborar en la gestión de aquélla y las corporaciones locales respecto del personal al que vinieran reconociendo y abonando la prestación por incapacidad temporal, de conformidad con la disposición transitoria quinta del Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, por el que se integra en el Régimen General de la Seguridad Social el Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios de la Administración Local.

Cuando se trate de trabajadores que vinieran percibiendo prestaciones contributivas por desempleo y hubieran pasado a la situación de incapacidad temporal, en los casos regulados en el artículo 283.2 de la Ley General de la Seguridad Social, el Servicio Público de Empleo Estatal únicamente seguirá abonando la prestación económica por incapacidad temporal cuando se declare por la entidad gestora la prórroga expresa de dicha situación, con el límite máximo de la duración de la prestación por desempleo.

1.8 CONTROL DE LA INCAPACIDAD

Es preocupación constante de la Administración el control de los procesos de incapacidad temporal, que corrija el fraude conocido en el disfrute de esta prestación; éste ha sido objeto de atención a través de los Reales Decretos 575/1997, de 18 de abril, y 1117/1998, de 5 de junio, y sus respectivas Órdenes de desarrollo, de 19 de junio de 1997 y de 18 de septiembre de 1998, por el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre y, por último, el Real Decreto 625/2014, de 21 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración y la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, de desarrollo.

Por tanto, de acuerdo con estas disposiciones, en la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal hay que distinguir si se han alcanzado o no los primeros 365 días de duración.

Actualmente, y de acuerdo con el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, se distinguen cuatro tipos de procesos de incapacidad temporal, según cual sea su duración estimada:

a) Proceso de duración estimada muy corta: inferior a 5 días naturales.

b) Proceso de duración estimada corta: de 5 a 30 días naturales.

c) Proceso de duración estimada media: de 31 a 60 días naturales.

d) Proceso de duración estimada larga: de 61 o más días naturales.

Corresponde al facultativo que emite el parte médico de baja y de confirmación determinar, en el momento de su expedición, la duración estimada del proceso. El facultativo podrá alterar esa duración estimada en un momento posterior como consecuencia de la modificación o actualización del diagnóstico o de la evolución sanitaria del trabajador.

A efectos de asignar la duración estimada a cada proceso, el facultativo dispondrá de unas tablas de duración óptima de los distintos procesos patológicos susceptibles de generar

incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de los mismos en las distintas actividades laborales. Dichas tablas serán suministradas y revisadas periódicamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

- Los partes de baja y de confirmación de la baja,

  El acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del derecho al subsidio, es el parte médico de baja, cualquiera que sea la contingencia determinante.

  Este parte se expedirá inmediatamente después del reconocimiento del trabajador, por el médico que del servicio público de salud que efectúe el reconocimiento al trabajador. En caso de que la baja médica derive de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, cuya cobertura corresponda a una mutua, será el facultativo del servicio médico de la propia mutua el que, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, expida el parte médico de baja.

  El servicio público de salud o la mutua, según cuál sea la entidad facultada para emitir el parte de baja, remitirá por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social de manera inmediata, y, en todo caso, el primer día hábil siguiente a su expedición, los datos personales del trabajador y, además, los datos obligatorios del parte de baja relativos a la fecha de la baja, a la contingencia causante, al código de diagnóstico, al código nacional de ocupación del trabajador, a la duración estimada del proceso y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior, así como, en este caso, la fecha de la baja del proceso que lo origina. Asimismo, hará constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico.

  - ✓ En los procesos de **duración estimada inferior a cinco días naturales**, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico.

    El facultativo, en función de cuando prevea que el trabajador va a recuperar su capacidad laboral, consignará en el parte la fecha del alta, que podrá ser la misma que la de la baja o cualquiera de los tres días naturales siguientes a esta.

    No obstante el trabajador podrá solicitar que se le realice un reconocimiento médico el día que se haya fijado como fecha de alta, y el facultativo podrá emitir el parte de confirmación de la baja, si considerase que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral.

  - ✓ En los procesos de **duración estimada de entre 5 y 30 días naturales**, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial. En la fecha de revisión se extenderá el parte de alta o, en caso de permanecer la incapacidad, el parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 14 días naturales entre sí.

  - ✓ En los procesos de **duración estimada de entre 31 y 60 días naturales**, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días

naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 28 días naturales entre sí.

- ✓ En los procesos de **duración estimada de 61 o más días naturales**, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja en el que fijará la fecha de la revisión médica prevista, la cual en ningún caso excederá en más de catorce días naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 35 días naturales entre sí

Por otra parte, será obligatorio que en los partes de confirmación conste la duración probable de la IT y la fecha del nuevo reconocimiento médico. Esto permitirá al empresario y trabajador tener una previsión del proceso.

➢ <u>Informes complementarios y de control</u>.

- En los procesos de incapacidad temporal cuya gestión corresponda al servicio público de salud y su duración prevista sea superior a 30 días naturales, el segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido el parte anterior, en el que se recogerán las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado. En los procesos inicialmente previstos con una duración inferior y que sobrepasen el periodo estimado, dicho informe médico complementario deberá acompañar al parte de confirmación de la baja que pueda emitirse, en su caso, una vez superados los 30 días naturales.

  Los informes médicos complementarios se actualizarán, necesariamente, con cada dos partes de confirmación de baja posteriores.

- En los procesos cuya gestión corresponda al servicio público de salud, trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del servicio público de salud o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, expedirá un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal del trabajador.

- Los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de este, por lo que tendrán acceso a los mismos los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, al Instituto Social de la Marina y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencias comunes correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas, al objeto de que puedan desarrollar sus funciones.

  Asimismo, exclusivamente los inspectores médicos del propio servicio público de salud y los inspectores médicos adscritos al INSS o, en su caso, al ISM tendrán acceso, preferentemente

por vía telemática, a la documentación clínica de atención primaria y especializada (disposición adicional cuadragésima de la Ley General de la Seguridad Social).

➢ Declaraciones médicas de alta en los procesos de incapacidad temporal.

- Los partes de alta médica en los procesos derivados de contingencias comunes se emitirán, tras el reconocimiento del trabajador, por el correspondiente facultativo del servicio público de salud. En todo caso, deberán contener la causa del alta médica, el código de diagnóstico definitivo y la fecha de la baja inicial.

  Asimismo, los partes de alta médica podrán también ser extendidos por los inspectores médicos del servicio público de salud, del INSS o, en su caso, del ISM, tras el reconocimiento médico del trabajador afectado.

  El alta médica extinguirá el proceso de incapacidad temporal del trabajador con efectos del día siguiente al de su emisión, sin perjuicio de que el referido servicio público, en su caso, siga prestando al trabajador la asistencia sanitaria que considere conveniente. El alta médica determinará la obligación de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo el mismo día en que produzca sus efectos.

  Los partes médicos de alta por contingencias comunes se comunicarán a las mutuas, en el caso de trabajadores protegidos por las mismas, debiendo las mismas comunicar a la empresa la extinción del derecho, su causa y la fecha de efectos de la misma.

- En los procesos originados por contingencias profesionales, el parte médico de alta se expedirá por el facultativo o inspector médico del servicio público de salud o por el inspector médico adscrito al INSS o al ISM si el trabajador está protegido con una entidad gestora, o por el médico dependiente de la mutua a la que corresponda la gestión del proceso, siendo asimismo de aplicación las condiciones establecidas en el apartado anterior, y el alcance de sus efectos.

- El médico del servicio público de salud o el servicio médico de la mutua, cuando expidan el último parte médico de confirmación antes del agotamiento del plazo de duración de 365 días naturales, comunicarán al interesado en el acto de reconocimiento médico que, una vez agotado el plazo referido, el control del proceso pasa a la competencia del INSS o, en su caso, del ISM.

  Una vez que se cumpla el plazo indicado en el párrafo anterior, el servicio público de salud o el servicio médico de la mutua dejarán de emitir partes de confirmación.

  El servicio público de salud comunicará al INSS el agotamiento de los 365 días naturales en situación de incapacidad temporal, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente.

➢ Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes.

  En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes cuya cobertura corresponda a una mutua, cuando ésta, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, considere que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, podrá formular, a través de los médicos adscritos a ella, propuestas motivadas de alta

médica, a las que acompañará los informes y pruebas que, en su caso, se hubiesen realizado. Las mutuas comunicarán simultáneamente al trabajador afectado, para su conocimiento, que se ha enviado la propuesta de alta.

- Las propuestas de alta de las mutuas se dirigirán a las unidades de la inspección médica del servicio público de salud, quienes las remitirán inmediatamente a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso. Estos facultativos deberán pronunciarse bien confirmando la baja médica, bien admitiendo la propuesta, a través de la expedición del correspondiente parte de alta médica.

  En el caso de que se confirme la baja, se consignará el diagnóstico, el tratamiento médico dispensado, las causas que justifican la discrepancia y se señalarán las atenciones y los controles médicos que se considere necesario realizar. La inspección médica trasladará a la mutua este informe junto con la actuación realizada en el plazo máximo de cinco días desde la recepción de la propuesta de alta.

  En el caso de que la inspección médica del correspondiente servicio público de salud no reciba contestación de los facultativos o de los servicios médicos, o en caso de discrepar de la misma, podrá acordar el alta médica, efectiva e inmediata. En todo caso, la inspección comunicará a la mutua, dentro del plazo de los cinco días siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de alta, la actuación realizada junto con los informes que el facultativo hubiera remitido.

- Cuando la propuesta de alta formulada por una mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de cinco días establecido en el apartado anterior, la mutua podrá solicitar el alta al INSS o, en su caso, al ISM, de acuerdo con las competencias previstas en el artículo 170 de la Ley General de la Seguridad Social. La entidad gestora resolverá en el plazo de cuatro días siguientes a su recepción.

  El INSS y, en su caso, el ISM, realizarán el seguimiento del comportamiento del nuevo procedimiento de gestión y control de los procesos por incapacidad temporal. Asimismo, ambas entidades realizarán el seguimiento del grado de motivación clínica de las propuestas de alta de las mutuas y de respuesta de la inspección médica de los servicios públicos de salud o del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, así como el grado de cumplimiento de los plazos de las distintas entidades en lo que se refiere a las propuestas de alta. En caso de que se detectasen retrasos significativos se propondrán medidas adicionales que aseguren que el procedimiento se desarrolle con el necesario grado de celeridad.

- Es importante precisar que cuando el alta haya sido expedida por el INSS o el ISM, éstos serán los únicos competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal si aquélla se produce en un plazo de ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología.

- Por último, también debe conocerse que el trabajador que está percibiendo un subsidio por incapacidad temporal, puede ser requerido por los servicios médicos de la mutua para reconocimiento médico, que podrán formular propuestas motivadas de alta en caso de incomparecencia o negativa infundada a someterse al reconocimiento.

➢ Tramitación de los partes médicos y expedición de altas médicas por el INSS o, en su caso, el ISM.

- El facultativo que expida los partes médicos de baja, confirmación y alta entregará al trabajador dos copias del mismo, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

  En el plazo de tres días contados a partir del mismo día de la expedición de los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, el trabajador entregará a la empresa la copia destinada a ella. No obstante, si durante el período de baja médica se produjese la finalización del contrato de trabajo, el trabajador vendrá obligado a presentar ante la entidad gestora o la mutua, según corresponda, en el mismo plazo de tres días fijado para la empresa, las copias de los partes de confirmación de la baja.

  Dentro de las 24 horas siguientes a su expedición, el parte médico de alta con destino a la empresa, será entregado por el trabajador a la misma o, en los casos indicados de finalización del contrato, a la entidad gestora o mutua.

  De igual modo, en los procesos de duración estimada muy corta, el trabajador presentará a la empresa la copia del parte de baja/alta destinada a ella dentro de las 24 horas siguientes a la fecha del alta. Excepcionalmente, si el facultativo emite el primer parte de confirmación porque considere que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral, el trabajador lo presentará a la empresa dentro de las 24 horas siguientes a su expedición, junto con el parte de baja inicial.

  El servicio público de salud o, en su caso, la mutua, remitirán los partes médicos de baja, confirmación y alta, al INSS, por vía telemática, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición.

  Excepcionalmente, cuando el facultativo no disponga de los medios indicados, las actuaciones se llevarán a cabo a través de los partes médicos en soporte papel. No obstante, en estos casos, los datos correspondientes a dichos partes deberán ser transmitidos telemáticamente al INSS por el servicio público de salud o por la mutua en los dos días hábiles siguientes a su expedición.

  Si la relación laboral finaliza durante la situación de incapacidad temporal, a partir de ese momento el trabajador habrá de presentar la copia de los partes de confirmación y de alta destinada a la empresa, a la entidad gestora o mutua que cubra la prestación económica de incapacidad temporal, en los mismos plazos indicados.

- Las empresas tienen la obligación de remitir al INSS, con carácter inmediato y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador, a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED), los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores, cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa.

  El incumplimiento de la citada obligación podrá constituir, en su caso, una infracción de las tipificadas en la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4-8).

- El INSS dará el trámite que corresponda a los partes médicos destinados a él mismo y, a su vez, también mediante los medios informáticos establecidos, distribuirá y reenviará de

manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes destinados al ISM y a las mutuas, según la entidad a quien corresponda la gestión del proceso.

El INSS facilitará a la TGSS, siempre que se precise, los datos de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad temporal con o sin derecho a prestación económica durante cada período de liquidación de cuotas, con el fin de que dicho servicio común lleve a cabo las actuaciones necesarias para que en la liquidación de cuotas de la Seguridad Social se compensen, en su caso, las cantidades satisfechas a los trabajadores en el pago por delegación de dicha prestación. Esta comunicación entre entidades será necesaria, en todo caso, para que la TGSS aplique las citadas compensaciones en la liquidación de cuotas.

Cuando el empresario hubiese abonado a un trabajador una prestación de incapacidad temporal en pago delegado, sin haberse compensado dicho importe mediante su deducción de las liquidaciones para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social, podrá solicitar ante el INSS o ante la mutua, según la entidad competente para la gestión de la prestación, el reintegro de las cantidades abonadas al trabajador por tal concepto y no deducidas.

- La no remisión de los partes médicos al INSS, podrá dar lugar a que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a propuesta de la entidad gestora o de la mutua, deje en suspenso la colaboración obligatoria de la empresa en el pago delegado de las prestaciones económicas por incapacidad temporal.

  De la suspensión acordada se dará traslado a la TGSS, así como a la entidad gestora o mutua.

- Cuando el parte médico de alta sea expedido por el inspector médico adscrito al INSS o, en su caso, al ISM, estos trasladarán de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de dicha expedición, una copia del parte al correspondiente servicio público de salud para su conocimiento y otra copia a la mutua, en el caso de trabajadores protegidos por la misma, con la finalidad de que esta dicte acuerdo declarando extinguido el derecho por causa del alta, sus motivos y efectos, y notifique el acuerdo a la empresa. Asimismo, el inspector médico entregará dos copias al trabajador, una para conocimiento del mismo y otra con destino a la empresa, expresándole la obligación de incorporarse al trabajo el día siguiente al de la expedición.

- Cuando en un proceso de incapacidad temporal se haya expedido el parte médico de alta por el INSS o, en su caso, por el ISM, a través de los inspectores médicos adscritos a dichas entidades, durante los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha en que se expidió el alta, serán estas entidades las únicas competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica por la misma o similar patología.

➢ <u>Tramitación por el empresario</u>

- La empresa consignará en el ejemplar del parte de baja entregado por el trabajador los datos sobre cotización relativos al mismo, a efectos de la determinación de la base reguladora de la prestación económica por incapacidad temporal. Asimismo consignará la clave del código nacional de ocupación, el código de la provincia del centro de salud en la que se ha emitido el parte médico y los datos genéricos que se establezcan a efectos identificativos del proceso y de la empresa, definidos a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED).

- La empresa tiene la obligación de transmitir al INSS, el parte de baja, de confirmación o de alta presentado a la misma por el trabajador, después de cumplimentar los apartados a ella concernientes, a través del sistema RED, con carácter inmediato y, en todo caso, dentro del plazo máximo de tres días hábiles a partir de su recepción. Dicha obligación corresponde a las empresas aun cuando hayan asumido el pago, a su cargo, de la prestación económica de incapacidad temporal, en régimen de colaboración voluntaria, en los términos del artículo 102 a) y b) de la Ley General de la Seguridad Social.

- La obligación de presentar las copias de los partes médicos, por el sistema RED, también alcanzará a las agrupaciones de empresas y a los profesionales colegiados que, por acuerdo o representación de la empresa, vengan presentando o presenten dichos partes médicos y estén o sean autorizados para la utilización de dicho sistema.

  El acceso a la consulta, el tratamiento y la explotación de los datos que figuren en la copia de los partes remitidos únicamente podrán ser realizados por el INSS y, en su caso, el ISM o la mutua correspondiente. Asimismo, el acceso a la consulta de los datos que figuran en la copia de los partes remitidos podrá realizarse por la TGSS exclusivamente en relación con aquellos aspectos que determinen condiciones de cotización específicas respecto de los trabajadores en situación de baja médica.

  En todo caso, la transmisión, cesión, tratamiento y explotación de los datos recogidos en las copias de los partes médicos, están sometidos a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

- La presentación telemática de las copias de los partes médicos indicados determinará que las mismas no deban presentarse en soporte papel.

  Los modelos de las copias de los partes médicos en soporte papel deberán ser conservados por las empresas durante un plazo de cuatro años, contado desde la fecha de presentación telemática de los mismos.

- En los procesos de incapacidad temporal en los que proceda el pago directo del subsidio por la entidad gestora o colaboradora, corresponderá a los interesados presentar ante la misma los partes médicos de baja/alta o de confirmación, utilizando para ello la copia destinada a la empresa.

- El INSS dará el trámite que corresponda a los partes médicos de baja/alta y confirmación destinados a él mismo. Tratándose de procesos derivados de contingencia común, el INSS transmitirá al ISM, o a la mutua correspondiente, de manera inmediata y en todo caso en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes médicos de baja/alta y de confirmación de los trabajadores respecto de los que cubran la prestación económica por incapacidad temporal derivada de las indicadas contingencias.

➢ <u>Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal</u>.

- El INSS, el ISM, en su caso, y las mutuas, a través de su personal médico y personal no sanitario, ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de la incapacidad temporal objeto de gestión, pudiendo realizar a tal efecto aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho

al subsidio, a partir del momento en que se expida el parte médico de baja, sin perjuicio de las competencias que corresponden a los servicios públicos de salud en materia sanitaria.

Los actos de comprobación de la incapacidad temporal que lleven a cabo los médicos del respectivo servicio público de salud, los inspectores médicos del INSS o, en su caso, del ISM, así como los médicos dependientes de las mutuas deberán basarse tanto en los datos que fundamenten los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, como en los derivados de los reconocimientos médicos e informes realizados en el proceso. A tal efecto, aquellos podrán acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, a fin de ejercitar sus respectivas funciones.

Asimismo, la Intervención General de la Seguridad Social, en sus funciones de control interno, podrá acceder a los datos relativos a las situaciones de incapacidad temporal que sean estrictamente necesarios para poder ejercer dichas funciones.

En todo caso, los inspectores médicos del INSS o, en su caso, del ISM, para el ejercicio de sus competencias, tendrán acceso, preferentemente por vía telemática, a la documentación clínica de atención primaria y especializada de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social, incluida la documentación clínica de los trabajadores protegidos frente a las contingencias profesionales con las mutuas.

- Con el fin de que las actuaciones médicas cuenten con el mayor respaldo técnico, se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duraciones óptimas, tipificadas para los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las diversas ocupaciones laborales.

- El tratamiento de los datos de los trabajadores afectados así como el acceso a los mismos quedará sujeto a lo dispuesto en la ley orgánica de protección de datos de carácter personal, y en sus disposiciones de desarrollo.

  Los datos únicamente podrán ser utilizados con la finalidad del control de los procesos de incapacidad y control interno, sin que puedan ser empleados para finalidades distintas. En ningún caso podrán ser utilizados con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador.

  El personal no sanitario únicamente accederá a los datos de los trabajadores afectados que sean estrictamente necesarios para el cumplimiento de las finalidades establecidas en el mismo.

  Deberán implantarse sobre los datos de carácter personal las medidas de seguridad establecidas en la normativa vigente en materia de protección de datos. En todo caso, se procederá al cifrado de los datos mediante su codificado.

  Los datos tendrán carácter confidencial siendo de aplicación a quienes accedan a los mismos las normas de protección de datos relacionadas con el deber de secreto así como las reguladoras del secreto profesional.

➢ <u>Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico</u>.

- El INSS o, en su caso, el ISM, podrá disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas entidades gestoras.

Igual facultad corresponderá a las mutuas, respecto de los beneficiarios de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes incluidos en su ámbito de gestión, para que sean reconocidos por los médicos dependientes de las mismas.

- Los reconocimientos se llevarán a cabo respetando, en todo caso, el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores. Asimismo, será de aplicación lo dispuesto para las historias clínicas en la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- La citación a reconocimiento médico habrá de comunicarse al trabajador con una antelación mínima de cuatro días hábiles.

  En dicha citación se le informará de que en caso de no acudir al reconocimiento, se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica, y que si la falta de personación no queda justificada en el plazo de diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del derecho al subsidio.

  Si el trabajador justificara, antes de la fecha fijada para el reconocimiento médico o en ese mismo día, las razones que le impiden comparecer al mismo, la entidad gestora o mutua, podrá fijar una fecha posterior para su realización, comunicándolo al interesado con la antelación mínima ya indicada.
- Cuando el trabajador que hubiera sido citado a reconocimiento por la entidad gestora no se personara en la fecha fijada, el director provincial correspondiente dictará resolución, que será inmediatamente comunicada al interesado, disponiendo la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento, e indicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles, a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificar la misma.

  Cuando el trabajador que hubiera sido citado a reconocimiento médico por una mutua, no acuda al mismo en la fecha fijada, aquella acordará la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento, lo que comunicará inmediatamente al interesado indicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificarla.

  La entidad gestora o la mutua comunicará la suspensión acordada por vía telemática a la empresa y a la TGSS.
- Si el trabajador justifica su incomparecencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico, el director provincial del INSS o del ISM dictará nueva resolución, o la mutua nuevo acuerdo, dejando sin efecto la suspensión cautelar, y procederá a rehabilitar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida. En estos casos la entidad gestora o mutua, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en que se dicte la resolución o acuerdo, pagará directamente al trabajador el subsidio correspondiente al período de suspensión. Asimismo, comunicará a la empresa y a la TGSS la resolución o acuerdo por la que la suspensión queda sin efecto, informando de la fecha a partir de la cual procede reponer el pago delegado por parte de la empresa.

  Se entenderá que la incomparecencia fue justificada cuando el trabajador aporte informe emitido por el médico del servicio público de salud que le dispense la asistencia sanitaria, en el que se señale que la personación era desaconsejable conforme a la situación clínica del

paciente; cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a cuatro días hábiles, o bien cuando el beneficiario acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

- Transcurridos diez días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por el INSS o el ISM, sin que el trabajador hubiera aportado justificación suficiente de su incomparecencia, el director provincial correspondiente dictará resolución declarando la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión. Dicha resolución se notificará al interesado. La entidad gestora comunicará la extinción acordada, por vía telemática, al servicio público de salud, a la empresa y a la TGSS.

  El inspector médico del INSS o del ISM podrá expedir el alta médica por incomparecencia en el ejercicio de las competencias previstas en la disposición adicional quincuagésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social.

- Transcurridos diez días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por la mutua correspondiente, sin que el trabajador hubiera aportado justificación suficiente de su incomparecencia, la mutua acordará la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión. Dicho acuerdo se notificará al interesado. La mutua comunicará la extinción acordada, por vía telemática, al servicio público de salud, a la empresa y a la TGSS.

➢ <u>Cooperación y coordinación</u>

El Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, considera que deben potenciarse los mecanismos de colaboración y las posibilidades de control por parte del INSS y las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, en relación con los diferentes procesos de incapacidad temporal de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social.

En cumplimiento de la recomendación 10 del Informe de Evaluación y Reforma del Pacto de Toledo y teniendo en cuenta los avances que se han experimentado a lo largo de estos años en la gestión de la prestación de incapacidad temporal, el Real Decreto introduce o mejora los mecanismos establecidos al objeto de aligerar los trámites y cargas burocráticas existentes en la actualidad para centrar los procesos de incapacidad temporal en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación, mecanismos que adicionalmente suponen un mejor control de los procesos.

- La cooperación y coordinación en la gestión de la incapacidad temporal entre el INSS, el ISM, las mutuas, los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se instrumentarán institucionalmente a través de acuerdos, los cuales podrán ser desarrollados mediante convenios específicos.

  Los acuerdos y convenios en los que sean parte las mutuas requerirán la autorización previa de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

  En virtud de la referida cooperación y coordinación, las entidades que suscriban los acuerdos y convenios promoverán el perfeccionamiento y la utilización en común de la información, con el fin primordial de hacer más eficaz el seguimiento y control de la gestión relativa a las situaciones de incapacidad temporal.

En todo caso, los acuerdos o convenios suscritos establecerán las adecuadas garantías del derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal, con pleno respeto a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, así como la confidencialidad de los datos.

- Se establecerán mecanismos específicos y estables de colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y las mutuas, que tendrán por objeto coordinar actuaciones, de acuerdo con sus respectivas competencias, sin perjuicio de las funciones de dirección y tutela que ostenta la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social sobre las mutuas y sobre las funciones y servicios que desarrollan.

➢ Obligaciones informativas de los empresarios en los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

1. La empresa, en caso de accidente de trabajo, debe extender el parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo, por triplicado; conservará un ejemplar y los otros dos los entregará al accidentado, para su presentación al facultativo que haya de prestarle la asistencia, o se los hará llegar a éste posteriormente.
2. Las empresas vienen obligadas a notificar los accidentes de trabajo ocurridos a los trabajadores a su servicio.

   La falta de notificación a la autoridad laboral competente constituye una infracción leve o grave, según cuál sea la calificación del accidente.

   Parte de accidente de trabajo, deberá cumplimentarse por quintuplicado y en modelo oficial, siempre que el accidente o recaída conlleve la ausencia del accidentado, de al menos un día con baja médica.

   En el modelo constan datos personales, profesionales, salariales y relativos al siniestro; se remiten tres ejemplares a la gestora o colaboradora, que dará traslado de dos a la autoridad laboral.

   Relación de accidentes sin baja, debe cumplimentarse por quintuplicado, en modelo oficial y mensualmente; y remitirse tres ejemplares a la gestora o colaboradora, en los cinco primeros días del mes siguiente, que actuará como en el caso del PARTE anterior.

   Comunicación a la autoridad laboral, en aquellos accidentes que provoquen el fallecimiento del trabajador, sean considerados graves o muy graves, o que el accidente afecte a más de cuatro trabajadores.

   Se hará la comunicación en 24 horas, por telegrama o cualquier otro medio, a la autoridad laboral provincial.

   De forma preceptiva, se practicará inmediatamente la correspondiente información de la Inspección de Trabajo.

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LAS ALTAS MÉDICAS EXPEDIDAS POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O LA EMPRESA COLABORADORA (artículo 4 del R. Decreto 1430/2009, de 11-9, con las modificaciones introducidas por la disposición final tercera del R. Decreto 625/2014, de 18-7).

Frente a las altas médicas emitidas en los procesos de IT derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de los 365 días de duración de dicha situación, el interesado podrá iniciar ante la Entidad gestora competente, el procedimiento administrativo especial de revisión de dicha alta, de acuerdo con lo previsto en los apartados siguientes:

- La tramitación del procedimiento debe considerarse preferente por la Entidad gestora, con el fin de que se dicte resolución en el menor tiempo posible.

- El interesado podrá instar la revisión del alta médica emitida por la entidad colaboradora en el plazo de 10 días hábiles siguientes al de su notificación, mediante solicitud presentada a tal efecto ante la Entidad gestora competente, en la que manifestará los motivos de su disconformidad con dicha alta médica. A la indicada solicitud, y con el fin de que la entidad gestora conozca los antecedentes médico-clínicos existentes con anterioridad, se acompañará necesariamente el historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trate o, en su caso, copia de la solicitud de dicho historial a la entidad colaboradora.

  El interesado que inicie el procedimiento de revisión, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil.

- La mera iniciación del procedimiento suspenderá los efectos del alta médica emitida, debiendo entenderse prorrogada la situación de IT derivada de contingencia profesional durante la tramitación del procedimiento, manteniéndose, en su caso, el abono de la prestación en la modalidad de pago delegado, sin perjuicio de que posteriormente puedan considerarse indebidamente percibidas las prestaciones económicas de la IT, en los términos previstos los párrafos siguientes.

  El INSS o el ISM, en su caso, comunicará a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social competente el inicio del procedimiento especial de revisión para que, en el plazo improrrogable de 4 días hábiles, aporte los antecedentes relacionados con el proceso de incapacidad temporal e informe sobre las causas que motivaron la emisión del alta médica. Si no se presentara la mencionada documentación, se dictará la resolución que proceda, teniendo en cuenta la información facilitada por el interesado.

  La Mutua Colaboradora podrá pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta emitida, lo que motivará sin más trámite el archivo inmediato del procedimiento iniciado por el interesado ante la Entidad gestora.

- Asimismo, la Entidad gestora competente comunicará a la empresa el inicio del procedimiento en el plazo de los 2 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por parte del interesado. Cuando el interesado hubiera presentado a la empresa parte médico de baja emitido por SPS, aquélla, con el fin de coordinar las actuaciones procedentes, deberá informar de dicha circunstancia al INSS o al ISM, con carácter inmediato.

  A su vez, cuando el interesado solicite una baja médica derivada de contingencia común y, se conociera la existencia de un proceso previo de IT derivado de contingencia profesional en el que se hubiera emitido un alta médica, el servicio público de salud deberá informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar, en el plazo de los 10 días hábiles siguientes al de

notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora, este procedimiento especial de revisión y, además, comunicará con carácter inmediato a la entidad gestora competente la existencia de dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

En estos casos, se iniciará el abono de la prestación de IT por contingencias comunes hasta la fecha de la resolución del procedimiento, sin perjuicio de que cuando el alta expedida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social no produzca efecto alguno, ésta deba reintegrar a la Entidad gestora la prestación abonada al interesado y a éste la diferencia que resulte a su favor.

- El Director provincial competente de la Entidad gestora correspondiente dictará, en el plazo máximo de 15 días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora, la resolución que corresponda, previo informe preceptivo del equipo de valoración de incapacidades que debe examinar y valorar el caso concreto.
- La resolución que se dicte determinará la fecha y efectos del alta médica o el mantenimiento de la baja médica fijando, en su caso, la contingencia de la que deriva el proceso de IT, así como, en su caso, la improcedencia de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación de este procedimiento especial por el SPS. En consecuencia, el procedimiento terminará con alguno de los siguientes pronunciamientos:
  - Confirmación del alta médica emitida por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social y declaración de la extinción del proceso de IT en la fecha de la mencionada alta.
  - Mantenimiento de la situación de IT derivada de contingencia profesional por considerar que el interesado continúa con dolencias que le impiden trabajar. Por tanto, el alta médica emitida por la entidad colaboradora no producirá efecto alguno.
  - Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de IT, cuando coincidan procesos intercurrentes en el mismo período de tiempo y, por tanto, existan distintas bajas médicas. Asimismo, se fijarán los efectos que correspondan, en el proceso de IT, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante.
  - Cuando el interesado hubiera recuperado la capacidad laboral durante la tramitación del procedimiento, se podrá declarar sin efectos el alta médica emitida por la entidad colaboradora por considerarla prematura. En estos casos, la resolución determinará la nueva fecha de efectos del alta médica y de extinción del proceso de IT.
- Cuando la Entidad gestora competente confirme el alta médica emitida por la entidad colaboradora o establezca una nueva fecha de extinción de la situación de IT, se considerarán indebidamente percibidas las prestaciones económicas de la IT, derivada de contingencias profesionales, que se hubieran abonado al interesado a partir de la fecha establecida en la resolución.
- Las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la entidad colaboradora, el SPS y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.
- Si durante la tramitación de este procedimiento especial, se cumpliera el plazo de los 365 días de duración de la situación de IT, la Entidad gestora competente resolverá de conformidad con lo previsto en el art. 170 de la LGSS.

- El abono de la prestación, durante la tramitación de este procedimiento, será incompatible con las rentas derivadas del ejercicio de la actividad profesional.
- Las resoluciones emitidas por la Entidad gestora, en el ejercicio de las competencias establecidas en este procedimiento, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10-10, reguladora de la jurisdicción social, lo que se hará constar en la resolución que se dicte.

PROCEDIMIENTO DE DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA CAUSANTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (art. 6 del R. Decreto 1430/2009, de 11-9, introducido por la disposición final tercera del R. Decreto 625/2014, de 18-7, y art 3 de este último R. Decreto).

➢ **Inicio del procedimiento**

El procedimiento para la determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal se podrá iniciar, a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica:

a) De oficio, por propia iniciativa del Instituto Nacional de la Seguridad Social, o como consecuencia de petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del Servicio Público de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o a propuesta del ISM.

b) A instancia del trabajador o su representante legal.

c) A instancia de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

Las solicitudes deberán ir acompañadas de toda la documentación necesaria para poder determinar la contingencia, incluidos, en su caso, los informes y pruebas médicas realizados.

Direccionamiento del trabajador al Servicio Público de Salud por la mutua.

El facultativo de la mutua que asista al trabajador podrá inicialmente, previo reconocimiento médico preceptivo y la realización, en su caso, de las pruebas que correspondan, considerar que la patología causante es de carácter común y remitir al trabajador al Servicio Público de Salud para su tratamiento, sin perjuicio de dispensarle la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital. A tal efecto entregará al trabajador un informe médico en el que describa la patología y señale su diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que acompañará los informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado.

Si, a la vista del informe de la mutua, el trabajador acude al servicio público de salud y el médico de este emite parte de baja por contingencia común, el beneficiario podrá formular reclamación con relación a la consideración otorgada a la contingencia ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se sustanciará y resolverá aplicando el procedimiento regulado en el artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre.

Por su parte, el facultativo que emita el parte de baja podrá formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la mutua, en los términos establecidos en el artículo 6 mencionado en el párrafo anterior, sin perjuicio de que el parte médico produzca plenos efectos.

Comunicación del inicio del procedimiento a los interesados. Solicitud de informes.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará la iniciación del procedimiento al Servicio Público de Salud competente, a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social o a la empresa colaboradora, según corresponda, cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten, para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles, aporten los antecedentes relacionados con el caso de que dispongan e informen sobre la contingencia de la que consideran que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo.

También se dará traslado al trabajador de la iniciación del procedimiento, cuando esta no hubiera sido a instancia suya, comunicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles para aportar la documentación y hacer las alegaciones que estime oportunas.

Asimismo, el Instituto Nacional De La Seguridad Social podrá solicitar los informes y realizar cuantas actuaciones considere necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe dictar resolución.

- **Tramitación EVI**

El EVI emitirá un informe preceptivo, que elevará al director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el que se pronunciará sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad.

Emitido el informe del EVI, el director provincial competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social dictará la resolución que corresponda, en el plazo máximo de quince días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas, o del agotamiento de los plazos concedidos en la comunicación del inicio del expediente.

En el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores del Mar, el informe preceptivo del correspondiente equipo de valoración de incapacidades será formulado ante el director provincial del ISM, para que este adopte la resolución que corresponda y proceda a su posterior notificación a las partes interesadas.

- **Resolución**

La resolución que se dicte deberá pronunciarse sobre los siguientes extremos:

a) Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de incapacidad temporal y si el proceso es o no recaída de otro anterior.

b) Efectos que correspondan, en el proceso de incapacidad temporal, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias.

c) Sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

Efectos de la resolución. Modificación de contingencia: contingencia común a contingencia profesional.

Cuando por el SPS se hubiera emitido parte de baja por contingencias comunes, se iniciará el abono de la prestación de incapacidad temporal que por estas corresponda hasta la fecha de

resolución del procedimiento, sin perjuicio de que cuando la resolución determine el carácter profesional de la contingencia, la mutua que la cubra deba abonar al interesado la diferencia que resulte a su favor, y reintegrar tanto a la entidad gestora, en su caso, la prestación abonada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan, como al Servicio Público de Salud el coste de la asistencia sanitaria prestada. Asimismo, cuando la contingencia profesional estuviera a cargo de la entidad gestora, esta abonará al interesado las diferencias que le correspondan.

Efectos de la resolución. Modificación de contingencia: contingencia profesional a contingencia común.

De igual modo se procederá cuando la resolución determine el carácter común de la contingencia, modificando la anterior calificación como profesional y su protección hubiera sido dispensada por una mutua. Esta deberá ser reintegrada por la entidad gestora y el Servicio Público de Salud los gastos generados por las prestaciones económicas y asistenciales hasta la cuantía que corresponda a dichas prestaciones en consideración a su carácter común. Asimismo, la mutua, cuando ambas contingencias fueran protegidas por la misma, realizará las correspondientes compensaciones en sus cuentas

Comunicación de la resolución. Recursos.

La resolución será comunicada al interesado, a la empresa, a la mutua y al servicio público de salud. Las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la mutua y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.

Las resoluciones emitidas por la entidad gestora, en el ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 6 del Real Decreto 1430/2099, de 11-9, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10-10, reguladora de la jurisdicción social.

1.9 NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Las enfermedades profesionales se comunican y/o tramitan, en el ámbito de la Seguridad Social, por medio del parte electrónico de enfermedad profesional que se aprueba por la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero.

El parte de enfermedad profesional, se elabora y transmite en su totalidad por **medios electrónicos**, sin perjuicio de su posible impresión en soporte papel en los casos en que se considere necesario, y concretamente cuando lo soliciten el trabajador y el empresario, este último con las limitaciones que procedan y tendrá el contenido a que se refiere el anexo de la Orden TAS/1/2007.

La entidad gestora o mutua colaboradora con la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales vendrá obligada a elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional, sin perjuicio del deber de las empresas o de los trabajadores por cuenta propia, que dispongan de cobertura por contingencias profesionales, de facilitar a aquélla la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte.

Los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de tres días hábiles, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores.

a) Transmisión de la información

La cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad profesional se realizará únicamente por vía electrónica, por medio de la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social), a la que se tendrá acceso a través de la oficina virtual de la dirección electrónica https://www.seg-social.es. Para el acceso a la aplicación mencionada, todos los agentes estarán representados por persona física acreditada mediante usuario SILCON, además de certificado digital SILCON o certificado Clase 2 emitido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o por alguna de las Autoridades de Certificación relacionadas en dicha oficina virtual de la Seguridad Social.

b) Plazos

La comunicación inicial del parte habrá de llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional. En cualquier caso, la totalidad de los datos exigidos se deberán transmitir en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial, a cuyo fin la empresa deberá remitir la información que le sea solicitada por la entidad gestora o por la mutua para que ésta pueda dar cumplimiento a los plazos anteriores.

De no remitirse dicha información en el plazo establecido, se procederá a la tramitación del parte poniendo el citado incumplimiento en conocimiento de la autoridad competente.

La finalización del proceso se comunicará en el plazo de los cinco días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización.

c) Casos graves

En los casos graves o generalizados en la producción de determinadas enfermedades profesionales, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social podrá actuar para analizar en la empresa o empresas afectadas las causas que originen la enfermedad profesional y las circunstancias que en la misma concurran.

d) Obligaciones

La falta de notificación a la autoridad laboral competente de todas las enfermedades profesionales declaradas constituye una infracción leve o grave según cuál sea la calificación de la enfermedad: leve que ocasiona una infracción leve (artículo 11.2 del R. Dto. Legislativo 5/2000 de 4 de agosto) y las graves, muy graves o mortales, o no llevar a cabo una investigación en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes, que ocasiona una infracción grave (artículo 12.3 del R. Dto. Legislativo 5/2000).

2. RESUMEN DEL TEMA: 55

INCAPACIDAD TEMPORAL:

2.1 CONCEPTO

Situación en la que se encuentra el trabajador que está imposibilitado temporalmente para trabajar por causa cuyo tratamiento exige asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

2.2 CAUSAS. [Art. 169 de la LGSS y Resolución de 7-5-2009].

2.3 BENEFICIARIOS

Trabajadores que acrediten los siguientes REQUISITOS:

1º Estar afiliado, en alta o en situación asimilada a la de alta en la fecha del hecho causante o baja médica.

a) Cuando la incapacidad temporal derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, presunción de alta de pleno derecho, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones.

b) Especialidad en relación con los profesionales taurinos**.**

c) Situaciones asimiladas a la de alta**:**

- percepción de prestaciones por desempleo en su nivel contributivo
- traslado por la empresa fuera del territorio nacional
- el periodo correspondiente a vacaciones anuales retribuidas no disfrutadas antes de la finalización del contrato
- convenio especial de diputados y senadores y de gobernantes y parlamentarios de Comunidades Autónomas.

d) Los trabajadores en huelga legal o cierre patronal se encuentran en una situación de alta especial

2º Tener cubierto un período mínimo de cotización de:

a) en caso de enfermedad común, 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante.

b) para accidente, sea o no de trabajo, y para enfermedad profesional no se exige periodo previo de cotización.

c) Especialidades en relación con los trabajadores a tiempo parcial, representantes de comercio, artistas y profesionales taurinos.

3º Estar al corriente en el pago de las cuotas, cuando el trabajador del Régimen General sea un Representante de Comercio, un Artista o un Profesional Taurino.

2.4 PRESTACIÓN ECONÓMICA

a) Base reguladora:

* Norma general**:** Es el resultado de dividir el importe de la base de cotización del trabajador en el mes anterior a aquel en que se produzca dicha situación por el número de días a que corresponda dicha cotización (30 cuando el salario sea mensual y 30, 31, 29 ó 28 cuando el salario sea diario).

Supuestos de artistas y toreros

* Pluriempleo

* Trabajadores contratados a tiempo parcial

* Accidente de trabajo o enfermedad profesional

* Trabajadores contratados para la formación.

b) Porcentaje:

1. en caso de enfermedad común y accidente no laboral

- 60% desde el día 4 hasta el 20 inclusive

- 75% desde el día 21 en adelante.

2. en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional

- 75% desde el día siguiente al del accidente o baja por enfermedad profesional.

2.5. NACIMIENTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO

a) Nacimiento

- en caso de enfermedad común o accidente laboral: desde el 4º día de la fecha de la baja en el trabajo

- en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional: desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja

- en las situaciones de huelga o cierre patronal el derecho al subsidio no nace.

b) Duración del derecho

- en caso de accidente o enfermedad cualquiera que sea su causa:

365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación.

- en caso de períodos de observación por enfermedad profesional: 6 meses prorrogables por otros 6, cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

- si la incapacidad temporal se interrumpe por periodos de actividad laboral superiores a 180 días, se iniciará otro proceso.

- desempleo/incapacidad temporal

1. recaída de un proceso anterior
2. nuevo proceso de incapacidad temporal

- incapacidad temporal/desempleo.

1. incapacidad temporal derivada de contingencias comunes
2. incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales

c) Extinción del derecho

1. Por *alta médica* "por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual" (se individualiza como causa específica de extinción en la nueva redacción del artículo 174 de la Ley General de la Seguridad Social).
2. Transcurso *del plazo máximo de duración, de 545 días naturales* desde la baja médica.
3. Ser dado de alta médica el trabajador con o sin declaración de incapacidad permanente.
4. Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.
5. Por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.
6. Por fallecimiento.
7. Iniciación por el INSS de un expediente de incapacidad permanente al agotamiento de los 365 días.
8. Iniciación por el INSS de un expediente de incapacidad permanente durante la prórroga de la situación de incapacidad temporal (de 365 a 545 días).

2.6 CAUSAS DE DENEGACIÓN, ANULACIÓN O SUSPENSIÓN DEL DERECHO

1. El derecho al subsidio podrá ser denegado, anulado o suspendido:

* Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el subsidio.

* Por trabajar el beneficiario, por cuenta propia o ajena, durante la situación de incapacidad temporal.

2. Podrá ser suspendido

* Por rechazar o abandonar el tratamiento sin causa razonable.

3. La incomparecencia del beneficiario a cualquiera de las convocatorias realizadas por los médicos adscritos al INSS y a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social para examen y reconocimiento médico producirá la suspensión cautelar del derecho.

2.7 RECONOCIMIENTO Y PAGO:

1. Reconocimiento:

El reconocimiento del derecho corresponde:

- cuando la situación derive de enfermedad común, accidente no laboral y de situaciones de pleno derecho

al INSS, o

a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, cuando el empresario opte por formalizar la cobertura de esta prestación derivada de contingencias comunes, con la misma Mutua con la que formalizó la protección de las contingencias profesionales.

- cuando la situación derive de A.T. o E.P.

al INSS, o

a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

- a las empresas autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión.

2. Pago:

* En los supuestos de enfermedad común o de accidente no laboral el abono del subsidio entre los días 4 a 15, ambos inclusive, corre a cargo del empresario, y corresponde al INSS, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o empresa autorizada para colaborar en la gestión, en los demás casos.

El abono de la prestación económica lo efectúa la empresa con la misma periodicidad que los salarios en cumplimiento de la obligación de pago delegado que ésta tiene.

Hay una serie de supuestos, que constituyen la excepción a la obligación de pago delegado, en los que el INSS o la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, en su caso, son responsables del pago directo del subsidio.

2.8 PROCEDIMIENTO DE CONTROL

Los tipos de procesos de incapacidad temporal en función de la duración estimada son:

a) Proceso de duración estimada muy corta: inferior a 5 días naturales.

b) Proceso de duración estimada corta: de 5 a 30 días naturales.

c) Proceso de duración estimada media: de 31 a 60 días naturales.

d) Proceso de duración estimada larga: de 61 o más días naturales.

Corresponde al facultativo que emite el parte médico de baja y de confirmación determinar, en el momento de su expedición la duración estimada del proceso. El facultativo podrá alterar esa duración estimada en un momento posterior como consecuencia de la modificación o actualización del diagnóstico o de la evolución sanitaria del trabajador.

El parte de confirmación se extenderá de acuerdo a la duración estimada por el médico:

► En los procesos de duración muy corta, se podrá expedir el parte de baja y de alta en la misma visita médica.

► En los procesos de duración corta, cada 14 días.

► En los procesos de duración media, cada 28 días.

► En procesos de larga duración, la confirmación se expedirá cada 35 días.

Por otra parte, será obligatorio que en los partes de confirmación conste la duración probable de la IT y la fecha del nuevo reconocimiento médico. Esto permitirá al empresario y trabajador tener una previsión del proceso.

Los médicos dispondrán de tablas de duración estándar por patologías que tienen en cuenta la enfermedad que padece el trabajador, su edad y la actividad laboral que realiza.

Los informes complementarios y de control.

- En los procesos de IT cuya gestión corresponda al SPS y su duración prevista sea superior a 30 días naturales, el 2º parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario.

- En los procesos inicialmente previstos con una duración inferior que sobrepasen el periodo estimado, el informe médico complementario deberá acompañar al parte de confirmación que pueda emitirse y, en su caso, una vez superados los 30 días naturales.

- En los procesos cuya gestión corresponda al servicio público de salud, trimestralmente la inspección médica del SPS o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de la inspección médica expedirá el informe de control.

Las declaraciones médicas de alta.

- El parte de alta médica extinguirá el proceso de incapacidad temporal del trabajador con efectos del día siguiente. Deberán contener la causa de alta médica, el código de diagnóstico definitivo y la fecha de la baja inicial.

- En los procesos originados por contingencias profesionales, el parte de alta se expedirá por el facultativo o inspector médico adscrito al INSS o al ISM si el trabajador está protegido con una entidad gestor, o por el médico dependiente de la mutua.

Las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes.

- Las propuestas de las mutuas se dirigirán a las unidades de la inspección médica del SPS, quienes las remitirán a los facultativos correspondientes, que deberán pronunciarse confirmando la baja médica o admitiendo la propuesta, en este caso a través del correspondiente parte de alta médica.

- Cuando la propuesta de alta formulada por la mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de 5 días, la mutua podrá solicitar el alta al INSS o, en su caso, al ISM.

La tramitación de los partes médicos y expedición de altas médicas por el INSS o, en su caso, el ISM.

- El facultativo que expida los partes médicos de baja, confirmación y alta le entregará al trabajador 2 copias del mismo, una para el interesado y otra con destino a la empresa.
- El trabajador en un plazo de 3 días entregará a la empresa la copia destinada a ella. Tendrá un plazo de 24 horas siguientes a su expedición, cuando se trate del parte médico de alta con destino a la empresa, o en los casos de finalización del contrato, a la entidad gestora o a la mutua.
- El SPS o, en su caso, la mutua, remitirán los partes médicos de baja, confirmación y alta, al INSS, por vía telemática, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente a su expedición.
- Las empresas remitirán al INSS en el plazo máximo de 3 días hábiles, contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador, a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED), los partes de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores.

Tramitación por el empresario

- La empresa consigna en el parte de baja los datos relativos a cotización, a efectos de la determinación de la base reguladora de la prestación. También consignará la clave del código nacional de ocupación, el código de la provincia del centro de salud.
- La empresa tiene la obligación de transmitir al INSS, el parte de baja, confirmación o de alta a través del sistema RED, dentro del plazo máximo de 3 días hábiles desde su recepción.

  La obligación de presentar las copias de los partes médicos por el sistema RED también alcanzará a las agrupaciones de empresas y alos profesionales colegiados.
- En los procesos en que proceda el pago el pago directo del subsidio por la entidad gestora o colaboradora, corresponderá a los interesados presentar ante la misma los partes, utilizando para ello la copia destinada a la empresa.

El seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal.

- El INSS, el ISM, en su caso, y las mutuas, a través de su personal médico u personal no sanitario, ejercerán el control y seguimiento de la incapacidad temporal.
- Los inspectores médicos del INSS o, en su caso, del ISM tendrán acceso, preferentemente por vía telemática, a la documentación clínica de atención primaria y especializada de los trabajadores, incluida la documentación clínica de los trabajadores protegidos frente a las contingencias profesionales con las mutuas.
- Los datos tendrán carácter confidencial siendo de aplicación a quienes accedan a los mismos las normas de protección de datos relacionadas con el deber de secreto así como las reguladoras del secreto profesional.

Los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.

- El INSS o, en su caso, el ISM, podrá disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas entidades gestoras.

- La citación a reconocimiento médico habrá de comunicarse al trabajador con una antelación mínima de 4 días hábiles.

- Cuando el trabajador no se personara al reconocimiento por la entidad gestora en la fecha fijada, el director provincial dictará resolución, que será inmediatamente comunicada al interesado, disponiendo la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento. El trabajador dispone de un plazo de 10 días hábiles, a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificar la misma.

- Cuando el trabajador no acuda al reconocimiento médico al ser citado por una mutua, aquella acordará la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento. . El trabajador dispone de un plazo de 10 días hábiles, a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificar la misma.

  La entidad gestora o la mutua comunicará la suspensión acordada por vía telemática a la empresa y a la TGSS.

- Si el trabajador justifica su incomparecencia dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico, el director provincial del INSS o del ISM dictará nueva resolución, o la mutua nuevo acuerdo, dejando sin efecto la suspensión cautelar, y procederá a rehabilitar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida.

- Transcurridos los 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por el INSS o el ISM, sin que el trabajador justifique la incomparecencia, el director provincial dictará resolución declarando la extinción del derecho a la prestación.

- Asimismo, transcurridos los 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por la mutua, sin que el trabajador justifique la incomparecencia, la mutua acordará la extinción del derecho a la prestación.

Los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.

- La cooperación y coordinación en la gestión de la incapacidad temporal entre el INSS, el ISM, las mutuas, los servicios públicos de salud de las CCAA y el INGESA se instrumentarán institucionalmente a través de acuerdos, los cuales podrán ser desarrollados mediante convenios específicos.

- Se establecerán mecanismos específicos y estables de colaboración entre el INSS y las mutuas, que tendrán por objeto coordinar actuaciones, sin perjuicio de las funciones de dirección y tutela que ostenta la Dirección General de Ordenación de la Seguridad sobre las mutuas y sobre las funciones y servicios que desarrollan.

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LAS ALTAS MÉDICAS EXPEDIDAS POR LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL O LA EMPRESA COLABORADORA

Frente a las altas médicas emitidas en los procesos de IT derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de los 365 días de duración de dicha situación, el interesado podrá iniciar ante la Entidad gestora competente, el procedimiento administrativo especial de revisión de dicha alta.

- El interesado podrá instar la revisión del alta médica emitida por la entidad colaboradora en el plazo de 10 días hábiles siguientes al de su notificación, mediante solicitud presentada a tal efecto ante la Entidad gestora competente, en la que manifestará los motivos de su disconformidad con dicha alta médica.

- La mera iniciación del procedimiento suspenderá los efectos del alta médica emitida. Se entiende prorrogada la situación de IT derivada de contingencia profesional durante la tramitación del procedimiento.

  El INSS o el ISM, en su caso, comunicará a la mutua el inicio del procedimiento especial de revisión para que en el plazo improrrogable de 4 días hábiles, aporte los antecedentes relacionados con el proceso de IT e informe sobre las causas que motivaron la emisión del alta médica.

- La Entidad gestora comunicará a la empresa el inicio del procedimiento en el plazo de los 2 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por parte del interesado.

  A su vez, cuando el interesado solicite una baja médica derivada de contingencia común y, se conociera la existencia de un proceso previo de IT derivado de contingencia profesional en el que se hubiera emitido un alta médica, el SPS deberá informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar, en el plazo de los 10 días hábiles siguientes al de notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora, este procedimiento especial de revisión.

- El Director provincial competente de la Entidad gestora correspondiente dictará, en el plazo máximo de 15 días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora, la resolución que corresponda.

- La resolución que se dicte determinará la fecha y efectos del alta médica o el mantenimiento de la baja médica fijando, en su caso, la contingencia de la que deriva el proceso de IT, así como, en su caso, la improcedencia de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación de este procedimiento especial por el SPS.

- Cuando la Entidad gestora competente confirme el alta médica emitida por la entidad colaboradora o establezca una nueva fecha de extinción de la situación de IT, se considerarán indebidamente percibidas las prestaciones económicas de la IT, derivada de contingencias profesionales, que se hubieran abonado al interesado a partir de la fecha establecida en la resolución.

- Las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la entidad colaboradora, el SPS y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.
- Si durante la tramitación de este procedimiento especial, se cumpliera el plazo de los 365 días de duración de la situación de IT, la Entidad gestora competente resolverá de conformidad con lo previsto en el art. 170 de la LGSS.
- El abono de la prestación, durante la tramitación de este procedimiento, será incompatible con las rentas derivadas del ejercicio de la actividad profesional.
- Las resoluciones emitidas por la Entidad gestora, en el ejercicio de las competencias establecidas en este procedimiento, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10-10, reguladora de la jurisdicción social, lo que se hará constar en la resolución que se dicte.

PROCEDIMIENTO DE DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA CAUSANTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

➢ **Inicio del procedimiento**

El procedimiento se podrá iniciar, a partir de la fecha de la emisión del parte de baja médica:

a) De oficio.
b) A instancias del trabajador o su representante legal.
c) A instancia de las Mutuas o de las empresas colaboradoras.

Direccionamiento del trabajador al Servicio Público de Salud por la mutua.

Comunicación del inicio del procedimiento a los interesados. Solicitud de informes.

➢ **Tramitación EVI**

El EVI emitirá un informe preceptivo sobre la contingencia que ha originado la incapacidad. El director Prov. Del INSS dictará la resolución que corresponda.

➢ **Resolución**

La resolución deberá pronunciarse sobre los siguientes extremos:

a) Determinación de la contingencia, común o profesional.
b) Efectos que correspondan.
c) Sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

Efectos de la resolución. Modificación de contingencia: contingencia común a contingencia profesional.

Efectos de la resolución. Modificación de contingencia: contingencia profesional a contingencia común.

Comunicación de la resolución. Recursos.

2.9 NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las enfermedades profesionales se comunican y/o tramitan, en el ámbito de la Seguridad Social, por medio del parte electrónico de enfermedad profesional que se aprueba por la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero.

El parte de enfermedad profesional, se elabora y transmite en su totalidad por medios electrónicos, sin perjuicio de su posible impresión en soporte papel en los casos en que se considere necesario, y concretamente cuando lo soliciten el trabajador y el empresario.

a) Transmisión de la información

Aplicación informática CEPROS.

b) Plazos:

- Comunicación inicial: 10 días hábiles
- Totalidad de los datos que deben constar en el parte: 5 días hábiles siguientes a la comunicación inicial
- Finalización: 5 días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización.

c) Casos graves

La autoridad laboral dispondrá, de forma preceptiva, que se practique la correspondiente información por parte de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en la empresa.

d) Obligaciones

La falta de notificación a la autoridad laboral de todas las enfermedades profesionales declaradas constituye una infracción leve o grave (R. Dto. Legislativo 5/200, de 4-8).